

文章编号 1006-8147(2022)02-0211-03

病例报告

以晕厥为首发症状的头颈部恶性肿瘤2例

侯文广¹, 马振华¹, 赵维君²

(1 天津市人民医院心内三科, 天津 300121; 2 昌都市藏医院预防保健科, 昌都 855400)

关键词 晕厥; 头颈部恶性肿瘤; 鼻咽癌; 扁桃体癌

中图分类号 R739.6

文献标志码 B

头颈部恶性肿瘤在我国发病率较低,但近年报道其发病率呈逐渐升高趋势。2013年的调查结果显示,我国鼻咽癌新发病例约42 100例,中国人口标化率为3.09/10万,而鼻咽癌发病的世界人口标化率为2.17/10万^[1]。但扁桃体癌的发病率极低,在我国尚无官方调查统计报道。

根据2018年欧洲心脏病协会(ESC)指南,晕厥常被分为心源性晕厥、反射性晕厥及直立性晕厥3大类,其常因一过性脑供血不足而出现发作性意识丧失^[2]。

本文报道的2例患者均以晕厥发作为首要症状就诊,经过系统诊治后分别确诊为鼻咽癌和扁桃体癌。结合相关文献,进一步分析晕厥发作与头颈部恶性肿瘤之间的联系,可提高临床医师对晕厥及头颈部相关恶性肿瘤的认识及鉴别诊断,避免误诊误治。

1 病例资料

病例1,李某某,男,61岁,因“发作性晕厥5次”入院。患者于入院前6 d无明显诱因出现右侧头面部疼痛,继而右侧咽部疼痛,后突发晕厥,症状发作约1~2 min后逐渐缓解。于入院前1 d患者下午坐位休息时再次反复晕厥3次,遂就诊于我院急诊,诊断为“晕厥待查”。急诊心电图示窦性心律,窦性心动过缓,心室率41次/min;血化验:心肌损伤标志物未见升高;行头CT及双侧颈动脉超声检查未见明显异常。急诊予异丙肾上腺素静脉点滴治疗,后收入心内科进一步诊治。入院查体无明显异常。既往体健。入院后完善相关化验检查,动态监测心肌损伤标志物72 h未见异常,血常规、凝血常规、肝肾功能、电解质、甲状腺功能等均未见异常。心脏超声无明显异常。头MRI检查示:(1)双侧侧脑室周围异常信号,考虑脱髓鞘改变。(2)全组副鼻窦炎。行Holter、胸部DR、肿瘤标志物等相关检查均未见异常。于入院后第2天患者晚餐后平卧于病床时自觉心前区不适,伴出汗、头晕,继而发作晕厥,无四肢抽搐、

二便失禁等,查体:血压70/40 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),神志不清,呼吸浅促,心率36次/min,律不齐。回顾心电监护由窦性心律转为结性逸搏心律,心室率30~40次/min,血压由120/70 mmHg降至70/40 mmHg,心电图示窦性停搏,结性逸搏心律,心室率35次/min,未见明显ST段抬高或压低,T波无倒置,急测血糖5.7 mmol/L,考虑为血管神经性晕厥(混合型),立即予阿托品0.5 mg iv,生理盐水快速补液后1 min内患者恢复窦性心律,心率70次/min,血压回升至108/70 mmHg,患者意识恢复,心前区不适及头晕缓解,无肢体活动不利及胸痛、胸闷等,后自诉右侧下颌部及咽部疼痛,复查心电图为窦性心律,ST段及T波较前无改变,继续补液等治疗。后患者间断再发晕厥2次,症状与前一致,均出现明显血压下降,心律由窦性心律转为结性逸搏心律,心率缓慢,予阿托品及多巴胺治疗后缓解。经讨论,患者反复晕厥发作为混合型反射性晕厥,其晕厥原因尚不明确,后行颈部MRI提示:(1)鼻咽右顶部后壁软组织增厚,右侧咽隐窝变浅,累及口咽双侧壁及咽旁间隙。(2)双侧咽旁间隙、颈部双侧I~V区多发增大淋巴结。(3)全组副鼻窦炎(图1)。根据患者颈部MRI检查提示,请耳鼻喉科医师会诊并行纤维喉镜检查,发现鼻咽肿物,留取病理回报确诊为鼻咽部非角化性癌(图2)。后患者因经济原因回当地继续治疗。

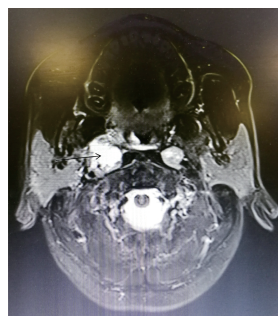


图1 病例1 颈部MRI

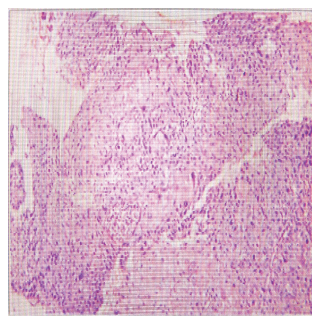


图2 病例1 非角化性癌(HE染色400×)

作者简介 侯文广(1973-),副主任医师,硕士,研究方向:心力衰竭的早期干预研究,E-mail: houwenguang2020@163.com。

病例 2, 刘某, 男, 58 岁, 因“咽痛伴吞咽痛 2 周”入院。患者于入院前 2 周无明显诱因出现左侧咽痛, 伴吞咽疼痛, 无咽堵, 无声音嘶哑, 自行药物治疗后未见好转, 就诊于我院耳鼻喉科并收入院。入院时查体: 脉搏 72 次/min, 血压 130/80 mmHg, 神清, 咽部黏膜充血肿胀, 右侧扁桃体 I 度大, 左侧扁桃体近 III 度大, 表面可见白色伪膜溃疡面, 心肺无异常。患者既往体健。入院后完善相关检查, 肿瘤标志物提示癌胚抗原 5.19 ng/mL, 心肌损伤标志物无异常。胸部 CT 及心脏超声检查无明显异常。头 CT 检查示脑质未见异常; 右侧上颌窦密度增高。患者于入院后第 3 天晚间突发意识丧失, 伴四肢肌张力丧失, 心电监护见心率缓慢, 心室率 30 次/min 左右, 症状发作持续约 1 min, 后自行缓解, 急测血压 140/90 mmHg, 血糖 8.8 mmol/L, 后间断两次再发上述症状。考虑病情危重转至心内科予临时心脏起搏器置入术, 并于转天行心脏永久起搏器植入术, 术后患者仍间断有类似晕厥发作。经讨论, 考虑患者晕厥不排除血管迷走性晕厥、神经源性晕厥等, 行头 MRI 检查, 回报提示: (1) 口咽左侧壁、颈部左侧 II 区占位。(2) 右侧上颌窦炎。行颈部 CT 增强检查(图 3), 提示: (1) 口咽左侧壁占位, 考虑恶性肿瘤, 累及舌根、口底结构、会厌左侧、左侧杓会厌皱襞、左侧咽旁间隙、左侧颈动脉间隙及会厌前间隙。(2) 颈部双侧 I ~ VI 区多发增大淋巴结以左侧 II 区为著, 部分融合, 考虑转移。再次请耳鼻喉科医师行纤维喉镜检查, 发现左侧扁桃体肿物, 留取病理, 回报确诊为鳞状细胞癌, 高-中分化(图 4)。后患者转至肿瘤科行放射治疗, 未再发作晕厥。



图 3 病例 2 颈部增强 CT

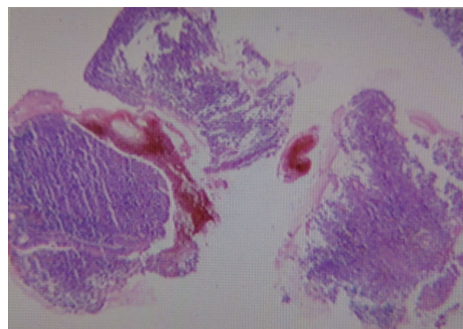


图 4 病例 2 鳞状细胞癌, 高-中分化(HE 染色 400×)

2 讨论

根据最新 ESC 的指南所述^[2], 晕厥常被分为以下 3 大类: (1) 心源性晕厥: 心源性晕厥又包括诸多病因, 其中最主要的病因有冠心病(急性冠脉综合征)、心律失常(快速性心律失常、缓慢性心律失常等)、急性肺栓塞、主动脉夹层以及肺动脉高压等。(2) 直立性晕厥: 此类晕厥原因多与自主神经损伤相关, 主要包括原发性自主神经损伤、继发性自主神经损伤、药物源性自主神经损伤等, 还包括静脉回流障碍、血容量不足等。(3) 反射性晕厥: 此类晕厥分为心脏抑制型晕厥(心率缓慢)、血管抑制型晕厥(血压低)以及混合型晕厥(包括心率缓慢及血压降低)。本文报道病例 1 及病例 2 既往均体健, 无相关心源性及自主神经损伤疾病, 结合临床表现更符合反射性晕厥, 病例 1 可归为混合型晕厥, 病例 2 符合心脏抑制型晕厥诊断。

关于头颈部恶性肿瘤致晕厥的机制分析, 目前尚无明确结论。不过, 总结文献报道相关分析^[3], 大致可分为以下几种可能: 颈动脉窦综合征、咽旁间隙晕厥综合征及舌咽神经反射等。颈动脉窦综合征的发生主要是颈动脉窦对外界刺激的敏感性异常增高所致, 其主要症状有头晕、乏力以及意识丧失等, 因头颈部恶性肿瘤大多合并颈部淋巴结的转移, 因此考虑患者出现晕厥可能是由于肿大的淋巴结对颈动脉窦的压迫所致。颈动脉窦综合征分为以下几类: (1) 心脏抑制型: 颈动脉窦对外界刺激的敏感性增强后造成副交感神经张力增大, 心率降低, 心输出量减少, 进而导致脑灌注不足及晕厥。(2) 血管抑制型: 交感神经活性降低可以引起全身血管尤其是动脉血管舒张, 进而出现血压下降, 导致脑灌注不足及晕厥。(3) 血压、心率混合型。(4) 原发性脑型: 患者无明显心率和血压变化, 但刺激颈动脉窦并造成脑血管收缩, 从而引发脑灌注不足及晕厥。本文中病例 1 患者出现的血压、心率同时降低, 应

考虑为c类,而病例2中患者因无明确发作时血压记录,目前暂定为a类,但患者后期治疗过程中植入永久性心脏起搏器后仍发作晕厥,故考虑不排除c类颈动脉窦综合征可能。此外,肿瘤侵犯至咽旁或咽后间隙并压迫迷走神经、舌咽神经等,也能造成头颈部恶性肿瘤患者出现晕厥发作,尤其是鼻咽癌患者^[4]。其发生机制尚不明确,多认为是迷走神经、舌咽神经等由于肿瘤压迫而出现类似迷走神经张力增大、交感神经兴奋性受抑制等情况,继而发生心率或血压进行性下降,导致血流动力学不稳定,最终引发晕厥。李虹等^[5]报道的以血管迷走性晕厥为首发症状的2例鼻咽癌患者在植入单腔起搏器(VVI)后仍再发晕厥,因此单纯的迷走神经性晕厥尚不能完全解释头颈部恶性肿瘤致晕厥机制。

本文介绍了2例因头面部恶性肿瘤致晕厥发作的病例。其中病例1患者每次均为头面部及咽部疼痛症状发作的同时发生晕厥,存在发生反射性晕厥的病生理基础,后经进一步检查明确鼻咽癌,考虑是肿瘤压迫及刺激颈动脉窦发生的混合型反射性晕厥。因患者心电图、心肌损伤标志物及心脏超声均未提示明确缺血性征象,而且患者存在经济方面困难,尚未完善冠状动脉造影检查评估冠脉情况,但心源性晕厥基本可以除外。病例2患者于耳

鼻喉科住院期间反复发作晕厥,伴随严重缓慢心率,因当时无确切证据而诊断为心律失常,予心脏起搏器治疗后患者仍反复发作晕厥,后经进一步检查确诊扁桃体癌,且经肿瘤放疗后症状好转,此病例存在误诊误治,需引起临床医师足够关注。

通过回顾以上2例病例及相关文献复习,不难看出目前尚有以晕厥为首发就诊的头颈部恶性肿瘤患者。关于此类患者的诊断及治疗过程,需逐一排除相关晕厥病因,切不可贸然下恶性心律失常诊断及过度治疗。相关影像学诊断手段以及必要的有创内镜检查对于此类患者有效及时的诊断和治疗是非常必要的。

参考文献:

- [1] KUANG R, WEI R S, ZHENG S W, 等. 2013 年中国鼻咽癌发病和死亡分析[J]. 癌症, 2018, 37(4):170-178.
- [2] MICHELE B, ANGEL M, FREDERIK J, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope[J]. Eur Heart J, 2018, 39(21):1883-1948.
- [3] 汪汉, 王引利, 李锦, 等. 晕厥与鼻咽癌[J]. 心血管病学进展, 2013, 34(1):134-137.
- [4] 张林林. 鼻咽癌致晕厥两例误诊原因分析[J]. 临床误诊误治, 2016, 29(5):60-62.
- [5] 李虹, 刘强, 许轶洲, 等. 头面部恶性肿瘤致反复晕厥行起搏器治疗二例[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志, 2013(6):557-557.

(2021-06-20 收稿)

为建设高水平研究型医科大学
而努力奋斗